

(様式2)

愛知教育大学交換留学生(特別聴講学生)
健康診断書

フリガナ		生年月日		
氏 名		性 別		
現 住 所		〒 電話		
身 長		cm	既往症	
体 重		kg		
視力	右	()	その他の 疾病及び 異常	
	左	()		
聴力	右			
	左			
胸部 所 見	聴 診		診断医 所 見	健康状態： □優 □良 □可 □不可 所 見：
	エ ッ ク ス 線 診 断	撮影年月日 年 月 日 撮影番号 No. 所 見		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 〒 電話 医療機関名 医師 職・氏名				

(Form 2)

AUE Student Exchange Program

Certificate of Health

* To be filled out by physician only

Full name in katakana			Date of birth	Yr	/Mth	/Day
Full name			Sex			
Present Address		Address (including zip code): Telephone:				
Height		cm	History of past illness			
Weight		kg				
Eyesight	R	()	Any other illness or abnormality			
	L	()				
Hearing	R					
	L					
Chest exami- nation	Stethoscopy		Physician's comment	Condition of health : <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor Comment:		
	X-ray diagnosis	Date taken: Yr /Mth /Day Film number: Comment:				

I hereby certify the above statement to be true and correct.

Date: Year /Month /Day

Address of Medical Institution :

Telephone :

Name of Medical Institution :

Physician's Full Name and Position/Title :

Physician's Signature or Seal :